

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod	
	Úsek klinické mikrobiologie tel. 569 472 439	
Žádanka o laboratorní vyšetření bakteriologické a mykologické		
IČO: 00179540		
Příjmení:		
Jméno:		
Č. pojištěnce/pohlaví:		Poj.
Bydliště:		
Datum odběru:		Čas odběru:
ATB terapie:		Dg.
Odebraný materiál:		
Lokalizace:		

☐ základní vyšetření ☐ mykologické vyšetření

Cílená vyšetření:

- ☐ *Mycobacterium tuberculosis* a další mykobakterie
- ☐ urogenitální mykoplazmata (se stanovením rezistence na ATB)
- ☐ kultivace *Neisseria gonorrhoeae* (GO)
- ☐ kultivace *Helicobacter pylori*
- ☐ kultivace *Bordetella pertussis/ parapertussis*
- ☐ kultivace *Corynebacterium diphtheriae*
- ☐ aktinomycety
- ☐ stanovení mikroskopického obrazu poševního (MOP)
- ☐ průkaz antigenu chřipky A,B, RS viru a Adenoviru
- ☐ kultivace *Trichomonas vaginalis*

Screening

- ☐ *Streptococcus agalactiae* (v graviditě)
- ☐ stanovení citlivosti na ATB

- ☐ MRSA
- ☐ kontakt s *Neisseria meningitidis*
- ☐ Jiné:

Autovakcína

- ☐ tel. kontakt na pacienta:

Doplňující sdělení k odběru vzorků:	
Odesílatel:	
razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)	
Přezkoumal a převzal, datum, čas:	
Laboratorní číslo:	

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod	
	Úsek klinické mikrobiologie tel. 569 472 439	
Žádanka o laboratorní vyšetření bakteriologické a mykologické		
IČO: 00179540		
Příjmení:		
Jméno:		
Č. pojištěnce/pohlaví:		Poj.
Bydliště:		
Datum odběru:		Čas odběru:
ATB terapie:		Dg.
Odebraný materiál:		
Lokalizace:		

☐ základní vyšetření ☐ mykologické vyšetření

Cílená vyšetření:

- ☐ *Mycobacterium tuberculosis* a další mykobakterie
- ☐ urogenitální mykoplazmata (se stanovením rezistence na ATB)
- ☐ kultivace *Neisseria gonorrhoeae* (GO)
- ☐ kultivace *Helicobacter pylori*
- ☐ kultivace *Bordetella pertussis/ parapertussis*
- ☐ kultivace *Corynebacterium diphtheriae*
- ☐ aktinomycety
- ☐ stanovení mikroskopického obrazu poševního (MOP)
- ☐ průkaz antigenu chřipky A,B, RS viru a Adenoviru
- ☐ kultivace *Trichomonas vaginalis*

Screening

- ☐ *Streptococcus agalactiae* (v graviditě)
- ☐ stanovení citlivosti na ATB

- ☐ MRSA
- ☐ kontakt s *Neisseria meningitidis*
- ☐ Jiné:

Autovakcína

- ☐ tel. kontakt na pacienta:

Doplňující sdělení k odběru vzorků:	
Odesílatel:	
razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)	
Přezkoumal a převzal, datum, čas:	
Laboratorní číslo:	

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod	
	Úsek klinické mikrobiologie tel. 569 472 439	
Žádanka o laboratorní vyšetření bakteriologické a mykologické		
IČO: 00179540		
Příjmení:		
Jméno:		
Č. pojištěnce/pohlaví:		Poj.
Bydliště:		
Datum odběru:		Čas odběru:
ATB terapie:		Dg.
Odebraný materiál:		
Lokalizace:		

☐ základní vyšetření ☐ mykologické vyšetření

Cílená vyšetření:

- ☐ *Mycobacterium tuberculosis* a další mykobakterie
- ☐ urogenitální mykoplazmata (se stanovením rezistence na ATB)
- ☐ kultivace *Neisseria gonorrhoeae* (GO)
- ☐ kultivace *Helicobacter pylori*
- ☐ kultivace *Bordetella pertussis/ parapertussis*
- ☐ kultivace *Corynebacterium diphtheriae*
- ☐ aktinomycety
- ☐ stanovení mikroskopického obrazu poševního (MOP)
- ☐ průkaz antigenu chřipky A,B, RS viru a Adenoviru
- ☐ kultivace *Trichomonas vaginalis*

Screening

- ☐ *Streptococcus agalactiae* (v graviditě)
- ☐ stanovení citlivosti na ATB

- ☐ MRSA
- ☐ kontakt s *Neisseria meningitidis*
- ☐ Jiné:

Autovakcína

- ☐ tel. kontakt na pacienta:

Doplňující sdělení k odběru vzorků:	
Odesílatel:	
razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)	
Přezkoumal a převzal, datum, čas:	
Laboratorní číslo:	